

診 断 書

患 者	住所
	氏名
病 名	
病 状	
稼働能力の有無	
イ 就床・安静を必要とする	
ロ 家事程度の作業が できる ・ できない	
ハ 子どもの保育が できる ・ できない	
今後の治癒見込期間	
入院 年 月 日 から 年 月 日 まで	
通院 年 月 日 から 年 月 日 まで	
上記のとおり診断します。	
年 月 日	
(あて先) 八戸市福祉事務所長	
医療機関名	
担当医師名	
印	